# サービス提供証明書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費受給者番号 | | | | | | | | |

| 令和 | | | 年 | | | 月分 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | | | | | | |

| 被保険者 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | （ﾌﾘｶﾞﾅ）<br>氏名 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 | | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | | | |
| | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | から | | | |
| | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | まで | | | |

| 事業者 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | － | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | | | |

| 入居年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 退去年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 入居実日数 | | 外泊日数 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入居前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護<br>7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退居後の状況 | 1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院<br>9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | |

| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | 公費分 |
|---|---|---|---|
| | ①単位数合計 | | |
| | ②単位数単価 | 円/単位 | |
| | ③給付率 | /100 | /100 |
| | ④請求額（円） | | |
| | ⑤利用者負担額（円） | | |

| | 枚中 | | 枚目 |
|---|---|---|---|